PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS DEL CONDADO
AVISO DE ACCIÓN
NEGACIÓN/DESCONTINUACIÓN DE LOS BENEFICIOS

(COUNTY STAMP)

Número del caso: _____
Distrito: _____
Negación/descontinuación para: _____
_____
(Nombres)

Hemos revisado toda la información de que disponemos tocante a su situación y hallamos que:

❒ Su aplicación para CMSP fechada el _____ ha sido negada.
(Día) (Mes) (Año)

❒ Su elegibilidad para recibir CMSP ha sido descontinuada a partir del último día del mes de _____.

Esta negación/descontinuación se hace porque:

Las regulaciones que requieren esta acción son del Código Administrativo de California, Título 17, Secciones 1498–1498.9.

Si Ud. tiene alguna pregunta acerca de esta acción o alguna información adicional pertinente a su situación que no nos haya reportado, haga el favor de escribirnos o llamarnos por teléfono. Responderemos a sus preguntas o haremos una cita para verle personalmente. Recuerde que esta acción solamente tiene que ver con la información que Ud. nos reportó y que Ud. puede volver a hacer una aplicación cuando quiera.

_____ _____ _____
Trabajador de Elegibilidad Teléfono Fecha

COPIA DEL SOLICITANTE
COPIA DEL CASO